Tweede Kamer der Staten-Generaal

2

Vergaderjaar 2015–2016

Aanhangsel van de Handelingen

Vragen gesteld door de leden der Kamer, met de daarop door de regering gegeven antwoorden

770

Vragen van het lid **Bouwmeester** (PvdA) aan de Minister van Volksgezondheid, Welzijn en Sport over *het bericht dat ziekenhuisrekeningen vaak te hoog uitvallen en niet begrijpelijk voor patiënten zijn* (ingezonden 12 november 2015).

Antwoord van Minister **Schippers** (Volksgezondheid, Welzijn en Sport) (ontvangen 4 december 2015).

Vraag 1
Bent u op de hoogte van het bericht dat ziekenhuisrekeningen vaak te hoog uitvallen en niet begrijpelijk voor patiënten zijn?[1] [2]

Antwoord 1
Ja.

Vraag 2
Wat is volgens u nodig voor het verbeteren van de begrijpelijkheid, en daarmee controleerbaarheid van ziekenhuisrekeningen?

Antwoord 2
De ziekenhuisrekening is al veel inzichtelijker geworden. Voor alle behandelingen die vanaf 1 juni 2014 zijn gestart kunnen verzekerden een inzichtelijke nota vinden op de mijnomgeving van hun verzekeraar. Op de ziekenhuisrekening staat meer informatie: de diagnose behandelcombinatie en de onderliggende zorgactiviteiten. Deze informatie wordt bovendien in begrijpelijke consumentenvertalingen aangeboden. Uit onderzoek van de consumentenbond blijkt dat verzekerden de nota ook echt inzichtelijker vinden: waar de oude rekening gemiddeld een rapportcijfer 5,7 kreeg, krijgt de nieuwe gemiddeld een 7,3. Overeenkomstig mijn voortgangsbrief kostenbewustzijn van 29 juni jongstleden (Kamerstuk 29 689, nr. 624), aan uw Kamer laat ik begin 2016 samen met de betrokken koepels van verzekeraars, aanbieders en patiënten een evaluatie uitvoeren naar de ervaringen van verzekerden en de

[1] AD.nl, «Rekening ziekenhuis valt vaak te hoog uit». 2 november 2015.
[2] AD / Haagsche Courant, «Rekening ziekenhuis moet net zo helder zijn als die van garage». 3 november 2015.

ah-tk-20152016-770
ISSN 0921 - 7398
’s-Gravenhage 2015

wensen die zij hebben in het vergroten van het kostenbewustzijn. Op basis van deze evaluatie zal ik bezien of en zo ja welke extra maatregelen nodig zijn.

Vraag 3
Kunt u tegen de achtergrond van het onderzoek van zorgverzekeraar CZ, waaruit blijkt dat voor 400.000 euro onterecht in rekening is gebracht, een inschatting maken van de jaarlijkse kosten die onterecht in rekening worden gebracht?

Antwoord 3
CZ geeft aan dat ze medio 2014 gestart is met het actief benaderen van verzekerden om nota's te controleren. Sindsdien hebben ze 36.000 meldingen binnengekregen, waarvan er 7.000 betrekking hadden op de ziekenhuiszorg. In 15% van de gevallen was er sprake van een fout welke CZ heeft rechtgezet. Verzekerden die daardoor een te hoog bedrag aan eigen risico hebben betaald krijgen dat bedrag door CZ teruggestort.
Zorgverzekeraars controleren onder meer de rechtmatigheid van zorgnota's door formele en materiële controle en/of fraudeonderzoeken. Zoals aangegeven in mijn brief van 29 oktober jongstleden over de voortgang van het programma rechtmatige zorg (Kamerstuk 28 828 nr. 93) rapporteert ZN dat er, via formele en materiële controles die zijn uitgevoerd na betaling, € 449 miljoen teruggevorderd is.
Daarnaast is in 2014 door fraudeonderzoek van zorgverzekeraars bijna € 53 miljoen aan onjuistheden aan het licht gebracht. Van deze € 53 miljoen is € 18,7 miljoen daadwerkelijk gebleken fraude.

Vraag 4
Wat zijn volgens u de oorzaken voor deze onterecht in rekening gebrachte kosten, en welke oplossingen ziet u?

Antwoord 4
Door CZ wordt expliciet aangegeven dat het gaat om administratieve fouten, niet om fraude.

Vraag 5
Wat is de stand van zaken van de maatregelen en plannen om ziekenhuisrekeningen inzichtelijker te maken voor de burger, zoals voorgenomen in het jaar van de transparantie?

Antwoord 5
Zie mijn antwoord op vraag 2 en 3, die verwijzen naar brieven waarin dat staat uitgeschreven (Kamerstuk 29 689, nr. 624, Kamerstuk 28 828 nr. 93).

Vraag 6
Wat zijn de belemmeringen op dit moment bij het declareren van de zorgactiviteiten, en het daaruit volgen van een begrijpelijke rekening aan de patiënt? Welke mogelijkheden ziet u om de registratie van alle zorgactiviteiten te vertalen naar een duidelijke rekening?

Antwoord 6
Zorgactiviteiten worden reeds in begrijpelijke taal weergegeven op de nota voor behandelingen die gestart zijn na 1 juni 2014. Zie mijn antwoord op vraag 2.

Vraag 7
Wanneer is het volgens u mogelijk kosten voorafgaand aan de behandeling (waar mogelijk, zoals bij planbare zorg en electieve behandelingen, zoals het zetten van een spiraaltje) aan de patiënt voor te leggen?

Antwoord 7
Om het inzicht in de kosten voorafgaand aan een behandeling te vergroten heeft de NZa haar regels over informatievoorziening van verzekeraar aan verzekerden aangescherpt. Kort gezegd moet een verzekeraar alle informatie die hij kan geven over de prijs van een behandeling geven, als een verzekerde ernaar vraagt. Indien er geen concrete prijs gegeven kan worden dient

de verzekeraar een indicatie van de kosten te geven. Deze scherpere regels zijn per 1 november jongstleden in werking getreden. De NZa houdt toezicht op de naleving van deze regels.

Vraag 8
Herinnert u zich de antwoorden die u heeft gegeven op eerdere vragen over verrassingsrekeningen na bezoek aan de Spoedeisende Hulp (SEH) in het ziekenhuis?[3]

Antwoord 8
Ja.

Vraag 9
Wat is de voortgang van de verbetering van de informatievoorziening voor patiënten over het verschil in kosten van het eigen risico tussen de huisartsenpost en de SEH? Worden mensen nu niet meer verrast met een rekening achteraf?

Antwoord 9
Sinds twee jaar is eerstelijnsorganisatie InEen bezig met het project «Keten acute zorg». In dit programma wordt onder andere gekeken naar de samenwerking tussen huisartsenpost (HAP) en spoedeisende hulp (SEH). Door in kaart te brengen hoe deze samenwerking nu in Nederland verloopt en welke kansen bestaan voor betere samenwerking stimuleert InEen de integratie van HAP en SEH. Dit alles draagt bij aan het bevorderen dat patiënten buiten werktijden van de huisarts eerst langs gaan bij de HAP en zich niet meer automatisch bij de SEH melden en daarmee het aanspreken van het eigen risico voorkomen. Daarnaast zal VWS, net als vorig jaar, in haar jaarlijkse campagne het algemeen publiek wijzen op het feit dat ze bij een niet levensbedreigende situatie beter contact kunnen opnemen met de huisarts of huisartsenpost, in plaats van een bezoek aan de spoedeisende hulp dat ten koste gaat van het eigen risico, zoals ik ook het aangegeven in het AO zorgverzekeringswet d.d. 4 maart 2015.

Vraag 10
Weet u hoe het met het streven staat van Zorgverzekeraars Nederland om patiënten slechts door te verwijzen naar de SEH, nadat de patiënt fysiek eerst huisartsgeneeskundig is getrieerd, en waar mogelijk door de huisartsenpost zal worden behandeld, zoals u beschrijft in uw antwoord op de eerdere vragen over verrassingsrekeningen?

Antwoord 10
De zorgverzekeraars hebben afgelopen jaren een verbindende rol gespeeld bij het tot stand brengen van intensievere samenwerking tussen HAP en SEH. Doel hierbij was tot organisatievormen te komen waarbij patiënten niet meer voor de keuze worden gesteld maar in principe eerst door een HAP geholpen worden behalve als uit triage blijkt dat een SEH nodig is. Verzekeraars hebben dit voornamelijk gestimuleerd door partijen regionaal bij elkaar te brengen. Daarnaast hebben sommige verzekeraars ook actief gecommuniceerd naar hun verzekerden wanneer zij in avond-, nacht- en weekenduren het beste als eerste de HAP kunnen bellen.

Vraag 11
Wat zijn de mogelijkheden voor de patiënt wanneer deze wordt geconfronteerd met een onverwacht (hoge) rekening? Tot welke partijen kan de patiënt zich in dit geval richten, en welke verantwoordelijkheden hebben deze partijen vervolgens? Wat is de rechtspositie van een patiënt, indien deze achteraf wordt «verrast» met een rekening?

Antwoord 11
Een verzekerde moet zichzelf ook op de hoogte stellen van waar een eigen risico geldt en waar niet. De overheid informeert de verzekerde daarover door middel van een publiekscampagne en ook de verzekeraar informeert zijn

[3] Aanhangsel Handelingen, vergaderjaar 2013–2014, nr. 2897

verzekerden. Ik vind het daarnaast belangrijk dat patiënten hun rekening controleren. Het voorbeeld van CZ toont aan dat patiënten op die manier een wezenlijke bijdrage kunnen leveren aan het betaalbaar houden van de zorg. Indien een verzekerde wordt geconfronteerd met een onverwachte hoge rekening is het zaak dat hij zich hiervoor meldt bij zijn zorgverzekeraar.
Een zorgverzekeraar kan controleren of het bedrag onterecht zo hoog is of dat er iets anders speelt. Als een patiënt van mening is dat een zorgverzekeraar hier niet afdoende op handelt, kan hij eerst bij de NZa nagaan of het tarief klopt. Daarna kan er een klacht ingediend worden bij de zorgverzekeraar. Elke zorgverzekeraar heeft een klachtenregeling. Indien ook dit niet tot de gewenste actie leidt kan een verzekerde terecht bij de Stichting Klachten en Geschillen Zorgverzekeringen (SKGZ).